

Asistencia telefónica: una aproximación desde la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastornos límites

Guillermo Lencioni¹
Pablo Gagliesi²

Resumen

Introducción: La comunicación telefónica es un medio efectivo para el tratamiento de los pacientes, cualquiera que sea el grado de complejidad de su padecimiento. *Objetivo:* Revisar la literatura sobre la consulta telefónica en el tratamiento psicológico y psiquiátrico. *Método:* Revisión de la literatura. *Desarrollo:* Se revisa el material y se compara con la terapia dialéctico-conductual. Se presenta una guía para que el terapeuta tenga práctica en la realización de preguntas y comentarios. *Conclusión:* El uso por parte de los profesionales de determinadas tecnologías implica una instancia de reflexión que lo acompañe. Es importante que los terapeutas reciban el entrenamiento suficiente en el manejo de la asistencia telefónica y estén preparados para dar este tipo de apoyo. Se espera contar con una mayor cantidad de estudios que investiguen esta línea de acción.

Palabras clave: terapia dialéctica conductual, consulta telefónica, trastorno límite de la personalidad.

Title: Phone Consultation: An approach from Behavior Dialectic Therapy in Patients with Borderline Disorders

Abstract

Introduction: Phone consultation is an effective way for the treatment of patients with problems of any level of complexity. *Objective:* To review the literature on phone consultation during psychological and psychiatric treatment. *Methodology:* Revision of the topic and its comparison with DBT. Development of a question-and-answer protocol for therapists. *Conclusion:* The use of certain technologies by professionals implies also to reflect on them. It is important for therapists to get an effective training in phone consultation and to be prepared for providing this kind of support. Further studies are expected about this topic.

Key words: Behavior dialectic therapy, phone consultation, borderline personality disorder.

.....
¹ Licenciado en psicología. Docente de Psicoterapias, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

² Médico psiquiatra. Director de La Fundación Foro, Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El inusitado avance de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) ha impactado casi todos los campos del conocimiento y los diferentes planos de la vida de los individuos. La comunicación telefónica, cualquiera sea (celular, domiciliaria, vía internet, etc.), sigue siendo una herramienta para el tratamiento de los pacientes, independientemente de la complejidad de su padecimiento. En algunos casos resulta ser fundamental.

Es larga la bibliografía que trata la temática y que llama a la reflexión permanente sobre los acomodamientos que se van realizando de manera constante en los diferentes ámbitos disciplinarios. En el caso de los profesionales de la salud mental, como psicólogos y psiquiatras, en múltiples ocasiones se interrogan por la utilidad y pertinencia de los contactos telefónicos, en particular, con los pacientes: si es ético o no, cuándo es necesario y cuándo no se justifica, los límites que se deben establecer para su uso, etc.

Sin duda, el llamado telefónico de los pacientes a los profesionales de la salud mental está mediado por horarios, circunstancias prescriptas, motivos o pedidos particulares. En este sentido, aparecen muchas disyuntivas en el momento de encauzar los llamados telefónicos, cuando estos no están contempla-

dos efectivamente en el esquema o en la estructuración original de una forma de trabajo. Consecuentemente, esto apareja muchas dudas al profesional, de las que mencionamos sólo algunas:

- Atender llamados de los pacientes fuera del horario de sesión.
- En qué circunstancias habilitar al paciente a llamar por fuera del horario de atención.
- En el caso de profesionales médicos, realizar ajustes de dosis de medicación telefónicamente.
- Las características y la duración de una llamada telefónica previa al inicio del tratamiento del teléfono.
- El seguimiento de los pacientes de forma telefónica por iniciativa del propio profesional.
- Las condiciones y particularidades en las que estas llamadas interfieren en la cotidianidad de la vida del profesional o la medida en que estas lo perjudican.

Desarrollo conceptual de la asistencia telefónica

Ante todo, existen algunos hallazgos científicos que apoyan la idea de que el contacto telefónico en los tratamientos con pacientes ambulatorios es bueno, aparte de que mejora la adherencia al tratamiento farmacológico y, por ende, los resultados se alcanzan más rápido y son más estables. Y aunque casi todas estas

investigaciones se relacionan con los trastornos mentales (depresión, alcoholismo, etc.), este artículo se centra en los aportes de la asistencia telefónica a los pacientes que sufren de trastornos de personalidad, especialmente con pacientes límites o limítrofes.

Los hallazgos consolidan la idea de su utilidad en adicciones, alcoholismo (1,2), suicidio (3,4), depresión (5), en la adherencia a los tratamientos (6), programas de afrontamiento en diversos trastornos de ansiedad (7,8) trastorno límite (9,10), duelo, cesación del fumar, trastornos alimentarios (11), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (12,13), insomnio (14,15), entre otras.

De hecho, la mayoría de los terapeutas reciben llamadas de sus pacientes fuera del horario de sesión. Gran parte de ellas son administrativas (60%), otra parte son importantes (35%) y en una mínima proporción son urgentes (5%). Las terapias de desarrollo más reciente dedican algún capítulo a contemplar los alcances y las posibilidades de utilizar el teléfono como una herramienta útil en determinadas circunstancias. Tal como observa Beutler (16), lo nodal acá es “qué decir, en qué momento y a quién”.

En principio, muchos investigadores y profesionales rechazan esta práctica de apoyo, basándose en diferentes explicaciones:

- La creencias de que los contactos por fuera de las sesiones atentan contra el proceso de la terapia (17-20).
- El temor a que los profesionales sufran altos índices de estrés (*burnout*) (21).
- Las preocupaciones acerca de que la vida privada del profesional vaya a ser interferida con los consiguientes efectos (22,23).
- El miedo a tomar alguna decisión clínica difícil en ausencia del apoyo de otros colegas (24).
- El riesgo a reforzar en el paciente, mediante la comunicación telefónica, conductas desadaptativas (25,26).

Muchas de las explicaciones que los terapeutas dan —seguramente basados en la experiencia en el tratamiento de estos pacientes— se deben a que la asistencia telefónica brindada no descansa en los principios del aprendizaje y a que esta ha estado excluida de los modelos clínicos más tradicionales. En el primero de los casos (la inadecuación a los principios del aprendizaje), no existe una clara estructura sobre lo que se debería reforzar y lo que se debería extinguir: ¿reforzamos el autocontrol o aprender a pedir ayuda? ¿Extinguimos la sensación de desamparo?

Cuando el llamado telefónico se estructura como una parte de un tratamiento integral, con objetivos claros y teniendo en cuenta los

principios del aprendizaje, los resultados deseados se logran con mayor efectividad. De cualquier manera, existen muy pocos modelos terapéuticos que expliquen cabalmente qué se debe o no se debe hacer en esos contactos telefónicos.

El modelo de tratamiento para pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), validado por Marsha Linehan, llamado terapia dialéctico-conductual (TDC) (27), es uno de los pocos que mostró, en estudios controlados, ser eficaz para el manejo de las conductas autolesivas de pacientes con TLP. Este tratamiento se basa en un modelo biosocial y hace hincapié en la imposibilidad o falta de habilidades que tienen estos pacientes para modular efectivamente sus emociones.

Para este modelo, lejos de estar “sólo permitidos” los contactos telefónicos, estos son uno de los cuatro componentes del tratamiento. De ahí que muchas veces sean los terapeutas quienes llamen a sus pacientes, para animar a estos últimos a que ellos los llamen. Siempre es importante que se especifiquen con claridad: (i) cuál es el objetivo de las comunicaciones telefónicas, (ii) en qué circunstancias se pueden utilizar y (iii) los límites que cada terapeuta tratante pondrá para su uso.

A todas las personas que comienzan un tratamiento de TDC se les permite el llamado telefónico a sus

terapeutas, para favorecer el uso, en su vida cotidiana, de las habilidades que se están aprendiendo en la terapia. En este contexto, la asistencia telefónica ayuda al terapeuta a brindar al paciente el apoyo necesario para poder sobrevivir durante los periodos de crisis, lo que aumenta la probabilidad de ocurrencia de las conductas adaptativas. Se espera que al mismo tiempo se extingan tanto la pasividad-activa como las conductas dependientes y que se refuercen activamente las habilidades competentes (28,29).

En resumen, en la TDC la asistencia telefónica persigue cuatro objetivos o funciones: (i) darle al paciente la oportunidad de reducir las conductas suicidas, parasuicidas y desadaptativas que le sirven para regular su estado de ánimo; (ii) enseñarle al paciente cómo pedir ayuda en forma más adaptativa; (iii) facilitar los procesos de generalización de las habilidades, al facilitar el uso de las habilidades aprendidas en el contexto terapéutico hacia contextos cotidianos, y (iv) cuando sea necesario, proveer la oportunidad de reparar la relación terapéutica (28).

Como decíamos, lo principal en la asistencia telefónica es reducir la ocurrencia de la conducta *metas* que, en la primera fase del tratamiento, son aquellas conductas que atentan contra la vida del paciente. La asistencia telefónica sólo se brindará si y solo si el paciente llama

antes de incurrir en la conducta problema (más adelante explicamos la importancia de llamar antes junto con la regla de las 24 horas). Durante la llamada telefónica, el terapeuta deberá utilizar las estrategias de resolución de problemas, cuyo objetivo será —siempre que estemos hablando de las conductas que atentan contra la vida— evaluar el grado de destructividad de las conductas y las soluciones más adaptativas que podrían ponerse en práctica.

Dentro de este modelo terapéutico, el paciente tiene terminantemente prohibido llamar al terapeuta *después* de haber incurrido en la conducta problema durante las 24 horas posteriores. Esta regla sólo se quebranta si el paciente necesita conseguir ayuda médica. Si el llamado ocurre después de la conducta problema y el terapeuta evalúa la necesidad de asistencia médica, él deberá instruir al paciente en forma breve y efectiva sobre cómo conseguir dicha ayuda y luego se mantendrá la regla de las 24 horas, donde no podrá haber contacto entre paciente y terapeuta.

La explicación de la regla de las 24 horas se basa en los principios del aprendizaje, ya que, como dijimos, no queremos que el llamado telefónico refuerce la aparición de las conductas desadaptativas, y esto es lo que a muchos terapeutas les resulta más difícil: suponen

inhumano terminar la asistencia telefónica o no brindarla justo cuando el paciente ya se involucró en conductas problemáticas.

El quid de esta situación es que la atención brindada al paciente en este momento se presente cuando aparece una conducta adaptativa, por ejemplo, un pedido de ayuda “anterior” a una autolesión. Lo que muchas veces se pierde de vista es que no atendemos a estos pacientes cuando llaman con angustia y desesperación antes de utilizar conductas suicidas, porque consideramos esta conducta “manipulativa”, y si los escuchamos una vez que el paciente intentó suicidarse o autolesionarse, estamos transmitiendo, como seguramente ya aprendió en el entorno de su familia, que sólo escucharemos si está en riesgo su vida.

La asistencia telefónica ayuda y entrena al paciente en cómo pedir y conseguir ayuda de aquellas personas que le son significativas. Esto se debe, como se le explica cuidadosamente al paciente, a la regla de las 24 horas. Este, por un lado, conoce y aprende vivencialmente qué sucede si recurre a las conductas desadaptativas; por el otro, el terapeuta le dedica tiempo y atención al paciente cuando ellos aún no se han auto dañado, y esto es una manera experiencial de cómo utilizar otros medios, esta vez adaptativos de pedir ayuda.

A su vez, si el paciente falló en pedir ayuda de manera adaptativa (llamadas excesivas, amenazas durante la llamada, llamar por motivos que no estarían acorde con los límites personales del terapeuta), esto se tomará como conductas que interfieren en la terapia y serán objeto de la sesión siguiente.

Con aquellos pacientes que llaman demasiado se puede establecer una agenda estructurada para las llamadas, enfocada en la asistencia telefónica sólo a lo aquello estrictamente pautado. Si la conducta no puede ser extinguida o modelada, quizás deba recurrir a la interrupción temporal de las comunicaciones por teléfono, para evitar que el terapeuta se estrese o incurra en errores durante la asistencia telefónica.

Sabemos que cuando adquirimos nuevas habilidades (de cualquier tipo), es más probable que las utilicemos en contextos calmos y seguros. Lamentablemente, las habilidades que estamos enseñando a un paciente con TLP son aquellas que le permitirían sobrevivir a las crisis, y, por definición, estas deben ser efectivas en contextos poco seguros y poco calmos. En consecuen-

cia, el uso de habilidades nuevas y funcionales es crucial. La TDC garantizaría, por medio de la asistencia telefónica, que lo aprendido en el contexto terapéutico pueda ser utilizado en el mundo real.

El terapeuta debe, como lo dijimos, utilizar habilidades de resolución de conflictos para identificar y evaluar el problema inmediato. Para ello tiene en cuenta la evaluación de las habilidades ya utilizadas, y dentro de ellas cuáles fueron exitosas y, por lo tanto, reforzarlas. Al evaluar qué habilidades fracasaron, debería poder identificar qué impidió su éxito. Una vez hecho esto, el terapeuta ayudará al paciente a elaborar un plan de acción, teniendo en cuenta los problemas potenciales que lo dificultarían o impedirían. Por último, el paciente deberá comprometerse con este plan de acción³.

Algo fundamental para recordar es que todos los contactos telefónicos no son terapia individual telefónica, sino que están centrados en que los pacientes sepan “echar mano” de las habilidades para actuar según diferentes situaciones. Marsha Linehan recomienda que el contacto telefónico sea:

³ Los pacientes, una vez que entran en el plan de tratamiento con la TDC, se comprometen a aceptar la ayuda cuando la piden. No es poco frecuente que los terapeutas recuerden esta regla cuando el paciente no quiere comprometerse en el plan a acción ideado, bajo las reglas TDC, durante la asistencia telefónica.

- Breve: no debe superar los 20 minutos.
- Directivo.
- Enfocado en el uso de las habilidades.

Es esencial que esto se respete, porque en caso de que la asistencia telefónica se convierta en una charla cálida y contenedora, se estaría reforzando la aparición de las crisis a cambio de contención y atención.

Por último, y no menos importante, los contactos telefónicos pueden ser utilizados para reparar la relación terapéutica cuando esto fuera necesario. Muchos pacientes malinterpretan algunos comentarios realizados durante las sesiones, y el llamado telefónico puede reparar ese error: por ejemplo, si el lapso entre sesión y sesión es muy largo, y una mala interpretación de una indicación o intervención podría ocasionar algún tipo de deterioro tanto en el paciente como en la relación terapéutica.

Si estamos atentos a estas situaciones, estaremos en la capacidad de prevenir algún tipo de crisis interpersonal en la relación entre el terapeuta y el paciente, y como sostiene Linehan, cuando estos conflictos crecen o aparecen, no se espera que el paciente deje transcurrir con tranquilidad una semana completa para resolverlos. En estos casos, la asistencia telefónica provee un contacto adicional entre sesiones

cuando existe mayor probabilidad de que las crisis ocurran.

Es importante que los terapeutas que atienden a pacientes con TLP reciban el entrenamiento suficiente en el manejo de la asistencia telefónica y estén preparados a la hora de realizar este tipo de apoyo. Es crucial que el terapeuta tenga práctica en la utilización de preguntas y comentarios como: ¿qué habilidades pudiste utilizar? ¿Qué conseguiste al utilizar las habilidades? O “recuerda que el objetivo de la asistencia telefónica no es resolver la crisis, sino lograr mantenerte viva para poder llegar a la próxima sesión”. Ir directo al uso de las habilidades y evitar que el paciente nos relate la historia de cómo y por qué llegó a estar en medio de esta crisis.

Guía marco para la atención telefónica

A continuación, describimos algunos puntos que parecen importantes al momento de dar marco a las llamadas telefónicas y hacerlas realmente útiles en el ciclo de vida de un proceso terapéutico:

- Explicitar los límites personales del propio profesional, tomando en cuenta que el paciente no necesariamente los conoce y que negar su existencia no facilitará el proceso terapéutico.
- Dejar claro y expreso cuáles serán los horarios disponibles

en los que se puede llamar por teléfono.

- En esta línea de pensamiento, resulta importante entrenar a los pacientes en recursos y herramientas disponibles para reducir su malestar. De otra manera, el terapeuta no contará con dispositivos de los cuales echar mano ante la llamada del paciente, y esto generará una intensa ansiedad en el terapeuta, la que devendrá en estrés fácilmente.
- Habilitar la capacidad para solicitar ayuda, lo que implica un cotejo de pertinencia para el paciente y de evaluación de circunstancias. Una manera de identificar la pertinencia es categorizar las llamadas como administrativas, importantes o urgentes, y prever alternativas de solución en caso de indisponibilidad. Cada una de ellas tendrá una respuesta específica.
- Protocolizar la práctica y hacer su registro.
- Comentar abiertamente lo ocurrido en la entrevista siguiente (necesidad de ajustes, valoración, conductas que interfieren con los resultados deseados).

A manera de síntesis

El uso por parte de los profesionales de determinadas tecnologías, cualquiera que sea su complejidad, implica una instancia de reflexión

que lo acompañe. En toda circunstancia se debe tener presente que la falta de claridad en las prácticas del terapeuta provocarán inestabilidad, incertidumbre o, al menos, confusión en los pacientes. Una breve guía como la sugerida en este trabajo puede ser enriquecida, discutida o refutada, pero principalmente se espera que sea la base o una herramienta para ser pensada y considerada en la práctica profesional.

Se espera contar con mayor cantidad de estudios que investiguen esta línea de acción y con trabajos que sistematicen la eficacia, los recursos y las consideraciones que narran los propios terapeutas en relación con esta particular forma de comunicación.

Referencias

1. Murphy SA, Collins LM, Rush AJ. Customizing treatment to the patient: adaptive treatment strategies. *Drug Alcohol Depend.* 2007;88 Suppl 2:S1-3.
2. Kaminer Y, Napolitano C. Dial for therapy: aftercare for adolescent substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(9):1171-4.
3. Bongar BM. The suicidal patient: clinical and legal standards of care. Washington, DC: American Psychological Association; 1991.
4. Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ, Self SM. Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. *Suicide Life Threat Behav.* 2005;35(3):317-28.
5. Mohr DC, Hart SL, Julian L, Catledge C, Honos-Webb L, Vella L, et al. Telephone-administered psychotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(9):1007-14.

6. Fisher EB, Thorpe CT, Devellis BM, Devellis RF. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal. *Diabetes Educ.* 2007;33(6):1080-103; discussion 1104-6.
7. Hecker JE, Losee MC, Roberson-Nay R, Maki K. Mastery of Your Anxiety and Panic and brief therapist contact in the treatment of panic disorder. *J Anxiety Disord.* 2004;18(2):111-26.
8. Katon WJ, Roy-Byrne P, Russo J, Cowley D. Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(12):1098-104.
9. Linehan MM, Armstrong HE, Suárez A, Allmon D, Heard, HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(12):1060-4.
10. Wisniewski L, Ben-Porath DD. Telephone skill-coaching with eating disordered clients: clinical guidelines using a DBT framework. *Eur Eat Disord Rev.* 2005;13(5):344-50.
11. Linehan MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict.* 1999;8(4):279-92.
12. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2002;71(5):255-62.
13. Nakagawa A, Marks IM, Park JM, Bachofen M, Baer L, Dottl SL, et al. Self-treatment of obsessive-compulsive disorder guided by manual and computer-conducted telephone interview. *J Telemed Telecare.* 2000;6(1):22-6.
14. Bootzin RR, Stevens SJ. Adolescents, substance abuse, and the treatment of insomnia and daytime sleepiness. *Clin Psychol Rev.* 2005;25(5):629-44.
15. Ouellet MC, Morin CM. Cognitive behavioral therapy for insomnia associated with traumatic brain injury: a single-case study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004;85(8):1298-302.
16. Beutler LE, Clarkin JF, Bongar BM. Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient. New York: Oxford University Press; 2000.
17. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q.* 1949;23(2):248-76.
18. Kernberg O. The treatment of patients with borderline personality organization. *Int J Psychoanal.* 1968;49(4):600-19.
19. Masterson JF, Baiardi J, Fischer R, Orcutt C. Psychotherapy of borderline and narcissistic disorders in the adolescent: establishing a therapeutic alliance. *Adolesc Psychiatry.* 1992;18:3-25.
20. Zetzel ER. A developmental approach to the borderline patient. *Am J Psychiatry.* 1971;127(7):867-71.
21. Gunderson JG. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry.* 1996;153(6):752-8.
22. Lester D. Counseling by telephone: advantages and problems. *Crisis Intervention and Time-Limited Treatment.* 1995;2(1):57-69.
23. Hymer SM. The telephone session and the telephone between sessions. *Psychotherapy in Private Practice.* 1984;2(3):51-65.
24. McIntyre SM, Schwartz RC. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder. *J Clin Psychol.* 1998;54(7):923-31.
25. Darely M. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry.* 2000;176:91.
26. Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *Br J Psychiatry.* 1999;175:23-7.
27. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(12):971-4.

28. Linehan MM. Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder. New York: Guilford; 2003.
29. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford; 2003.

Recibido para evaluación: 4 de abril de 2008
Aceptado para publicación: 23 de julio de 2008

Correspondencia
Pablo Gaglesi
Fundación foro
Malasia 857
1426 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
pablogaglesi@fibertel.com.ar

Anexo

Hoja para el llamado telefónico

La meta es asistir a la persona para identificar las habilidades que la ayuden a evitar conductas suicidas, parasuicidas u otras conductas impulsivas y que se comprometa a utilizarlas. *El objetivo del entrenamiento es aplicar las habilidades.*

La siguiente es una lista de control. Revise los niveles que utilizó y brevemente responda cada pregunta. El equipo encontró útil examinarla en la reunión de la mañana. Esto ha sido también de ayuda para terapeutas individuales, a fin de analizarla con el consultante en su próxima sesión y darle una copia.

Día:

Consultante:

Tiempo de la llamada hasta:

1. Definición del problema

¿Qué está pasando? Evento Pensamientos Sentimientos

¿Cuándo comenzó?

Evaluación de la letalidad suicida o daño a terceros.

2. Evaluación de la vulnerabilidad

Enfermedad física

Comida: ¿cuándo fue la última?

Drogas que alteran el ánimo: cafeína, alcohol, etc.

Sueño: demasiado, no suficiente.

Actividad física

3. ¿Qué habilidad intentó?

Nombrar la habilidad aun cuando el consultante no la haya podido reconocer.

Reforzar el esfuerzo.

4. Generar habilidades alternativas

Mente plena: mente sabia, observar, describir, no juzgar, una cosa a la vez con mente plena, efectividad: enfocarse en lo que funciona.

Regulación emocional: reducir la vulnerabilidad, construir domino, construir experiencias positivas, acción opuesta.

Tolerancia al malestar:

- Distraerse: mente sabia, aceptar. Actividades (tareas que ayudan a distraerte), contribuciones (p. ej., hacer algo por alguien más), comparaciones (compararte contigo mismo o con otro), emociones (un evento que cree una emoción distinta), sacando afuera (p. ej. ponerle sufrimiento en la repisa), pensamiento (contar, leer, rompecabezas), sensaciones (hielo en la mano, apretar una pelota, caminata enérgica).
- Cálmate: visión (mira algo hermoso), oído (música, escucha la naturaleza), olfato (potpurri, velas, sahumerios), gusto (come tu comida o tomate tu té favorito), tacto (toca una frazada, báñate, acaricia a tu mascota).
- Mejora el momento: imaginación (imagina un lugar seguro y relajante), significado (encuentra o crea algún propósito), reza (meditación), relajación (baño caliente, ejercicio de respiración), una cosa en cada momento, vacaciones (tómate 20 minutos), aliento (aliéntate diciendo “yo voy a poder”).
- Pros y contras.
- Aceptación radical.

Efectividad interpersonal: efectividad en los objetivos, efectividad en la relación o efectividad en el autorrespeto.

5. En caso de que el plan no funcione, hacer resolución de problemas para un plan B.

6. Planear, verificar la habilidad tratada llamando, preacordando el próximo contacto.